

KUALITI PERSEKITARAN PEMULIHAN DI KLINIK KESIHATAN
KERAJAAN

MAEJ MASTURA BINTI MOHAMED

Laporan projek ini dikemukakan sebagai memenuhi
sebahagian daripada syarat penganugerahan
Sarjana Pengurusan Aset Dan Fasiliti

Fakulti Geoinformasi Dan Harta Tanah
Universiti Teknologi Malaysia

JANUARI 2017

DEDIKASI

Buat HAMBAMU yang telah pergi,
Buat HAMBAMU yang masih di sini,
Buat HAMBAMU yang sedang berjuang...

SEMOGA BERTEMU LAGI
DALAM PERANCANGANNYA YANG LAIN

DAN

SEMOGA SENTIASA DALAM
RAHMAT DAN KASIH SAYANGMU,

YA RABB

AAMIIN

PENGHARGAAN

Dengan nama Allah, Yang Maha Pemurah, lagi Maha Mengasihani.

ALHAMDULILLAH; syukur kepada Allah SWT di atas segala nikmat, rezeki dan rahmat yang telah diberiNya sehingga dapat menyempurnakan projek sarjana ini.

Ucapan terima kasih kepada semua permata hatiku; Mama, suamiku Izam serta anak-anakku Imman, Imran dan Aesha atas segala dhu'a, pengorbanan, sokongan dan kesabaran. Juga buat Penyelia Projek; Dr. Choong Weng Wai atas segala tunjuk ajar, nasihat dan kesabaran melayani kerenah anak muridmu ini sehingga selesai pelaksanaan projek ini. Tidak dilupakan penghargaan kepada para pensyarah FGHT dan FM, sahabat-sahabat seperjuangan dalam perkhidmatan PTD, teman belajar MAFM UTM dan rakan sekerja staf-staf KKM serta JKNJ yang banyak memberikan ilmu, sokongan dan nasihat. Mohon halal dan redha atas segala ilmu diberikan.

Akhir kata, terima kasih jua buat semua yang terlibat membantu saya melalui perjalanan 'KEMBARA ILMU' yang indah ini. Semoga ilmu diperolehi diberkati olehNya. Semoga bertemu lagi dalam perancanganNya yang lain. Aamiin.

ABSTRAK

Persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan adalah salah satu cabaran untuk Kementerian Kesihatan bagi memenuhi keperluan staf dan pesakit serta menjadikan sistem kesihatan nasional lebih responsif kepada rakyat. Elemen persekitaran fizikal di fasiliti kesihatan seperti kebolehbacaan tempat; staf dan; alam semula jadi dan pemandangan luar perlu dipertimbangkan untuk memastikan bahawa fasiliti kesihatan memenuhi aspek persekitaran pemulihan berkualiti. Walau bagaimanapun, jika kualiti persekitaran pemulihan tidak diambil perhatian di Klinik Kesihatan Awam, maka ia tidak dapat membantu pesakit menghadapi tekanan yang dikenakan sepanjang tempoh pemulihan. Impaknya, persekitaran pemulihan bagi fasiliti kesihatan tidak dapat berfungsi sebagai suasana fizikal dan budaya organisasi yang menyokong pesakit dan waris pesakit menghadapi tekanan yang dikenakan. Kajian sebelum ini telah mendapati bahawa persekitaran pemulihan boleh membantu pesakit dalam tempoh pemulihan dan meningkatkan prestasi kerja staf. Walau bagaimanapun, tidak ada kajian mengenai persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan di Malaysia. Oleh itu, kajian ini ingin mengenal pasti persepsi pengguna ke arah persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan. Objektif kajian ini adalah untuk mengenal pasti faktor-faktor fizikal yang menggalakkan persekitaran pemulihan di fasiliti kesihatan dan mengenal pasti perspektif pengguna terhadap kualiti persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan dengan menggunakan 'A Staff and Patient Calibration Toolkit' (ASPECT). Sejumlah 300 unit borang soal selidik telah diedarkan dan data diperolehi dari responden terdiri daripada 100 staf dan 200 pesakit yang menggunakan perkhidmatan di 14 Klinik Kesihatan Kerajaan di daerah Johor Bahru. Analisis deskriptif frekuensi, min dan sisihan piawai telah digunakan bagi menerangkan elemen yang mendorong kualiti persekitaran pemulihan. Melalui analisis tersebut, elemen kebolehbacaan tempat menjadi tumpuan utama responden dan dianggap elemen utama dalam persekitaran pemulihan selain staf; alam semula jadi dan pemandangan luar; privasi, peneman dan maruah; fasiliti; ruang dalaman; keselesaan dan kawalan dan; pemandangan. Hasil kajian mendapati bagi penambahbaikan kualiti persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan telah menunjukkan bahawa kebolehbacaan tempat adalah elemen utama yang diberi perhatian oleh pengguna.

ABSTRACT

Healing environment in Public Health Clinic is one of the challenges for the Ministry of Health to meet the needs of staff and patients and make national health systems more responsive to the people. Elements of the physical environments in healthcare facilities such as legibility of place; staff and; nature and outdoors should be considered to ensure that health facilities meet the quality of healing environment. However, if the quality of healing environment not be noted in Public Health Clinic, then it can not help patient to cope with the pressure exerted during the healing period. As a result, healing environment for health facilities cannot function as the physical environment and organizational culture that supports patients and their family to confront the pressure exerted. Previous studies had found that healing environment may help patient during healing period and staff performed better in their work. However, there is no study regarding healing environment in Malaysia Public Health Clinic. Thus, this study wish to identify user perception toward healing environment in Public Health Clinic. The objective of this study intended to identified the physical factors that encourage healing environment in healthcare facilities and identify the perspectives of users on the quality of healing environment in Public Health Clinics by using 'A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit' (ASPECT). A total of 300 questionnaires were distributed and data obtained from respondents of 100 staff and 200 patients using services in 14 Government Health Clinics in district of Johor Bahru. The descriptive analysis of frequency, mean and standard deviation were used to describe the elements that drive the quality of healing environment. Through this analysis, legibility of place element where the main focus of the respondents and is considered a key element in the healing environment in addition to staff; nature and outdoors; privacy, company and dignity; facilities; interior appearances; comfort and control and; views. The findings reveal that, to improve quality of healing environment in Public Health Clinic show that legibility of place is a major element of concern of the user.

KANDUNGAN

BAB	PERKARA	HALAMAN
	TAJUK KAJIAN	i
	PENGAKUAN	ii
	DEDIKASI	iii
	PENGHARGAAN	iv
	ABSTRAK	v
	ABSTRACT	vi
	KANDUNGAN	vii
	SENARAI JADUAL	xi
	SENARAI RAJAH	xiii
	SENARAI SINGKATAN PERKATAAN	xiv
	SENARAI LAMPIRAN	xv
1	Pengenalan	
1.1	Pengenalan	1
1.2	Pernyataan Masalah	4
1.3	Persoalan Kajian	7
1.4	Objektif Kajian	7
1.5	Skop Kajian	7
1.6	Kepentingan Kajian	10
1.7	Metodologi Kajian	11
	1.7.1 Pendahuluan: Kajian Awal	12
	1.7.2 Kajian Literatur	12
	1.7.3 Reka Bentuk Instrumen Penyelidikan	13
	1.7.4 Pengumpulan Data	13
	1.7.5 Analisis Data	14
	1.7.6 Kesimpulan dan Cadangan	15
1.8	Susunatur Bab	17

2 KAJIAN LITERATUR

2.1	Pengenalan	19
2.2	Fasiliti Kesihatan	20
2.3	Persekitaran Pemulihan Di Fasiliti Kesihatan	24
2.4	Kajian Perbandingan Bagi AEDET dan ASPECT	25
2.5	A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit (ASPECT)	33
2.6	Privasi, Peneman dan Maruah	35
2.7	Pemandangan	37
2.8	Alam Semula Jadi dan Pemandangan Luar	38
2.9	Keselesaian dan Kawalan	39
2.10	Kebolehbacaan Tempat	41
2.11	Ruang Dalaman	43
2.12	Fasiliti	46
2.13	Staf	47
2.14	Rumusan	49

3 METODOLOGI KAJIAN

3.1	Pengenalan	50
3.2	Kaedah Penyelidikan	51
3.3	Kajian Literatur	52
3.4	Reka Bentuk Metodologi Kajian	53
3.4.1	Instrumen Penyelidikan	53
3.4.2	Soal Selidik ASPECT	54
3.4.3	Persampelam	55
3.4.4	Pengumpulan Data	58
3.5.1	Analisis Data	59
3.5.2	Analisis Deskriptif	59
3.5.3	Analisis Min Bagi Skor Skala Likert Sederhana	59
3.6	Rumusan	60

4	ANALISIS KAJIAN	
4.1	Pengenalan	61
4.2	Analisis Maklumat Demografi Responden (Analisis Frekuensi)	62
4.2.1	Identiti Pengguna	63
4.2.2	Jantina	64
4.2.3	Umur	65
4.2.4	Bangsa	66
4.2.5	Tahap Pendidikan	67
4.2.6	Rumusan Analisis Latar Belakang Responden	68
4.3	Analisis Data Bagi Mencapai Objektif Pertama dan Objektif Ke Dua	68
4.4	Analisis Deskriptif Tahap Elemen Persekitaran Pemulihan	70
4.4.1	Privasi, Peneman dan Maruah	73
4.4.2	Pemandangan	76
4.4.3	Alam Semula Jadi dan Pemandangan Luar	78
4.4.4	Keselesaian dan Kawalan	79
4.4.5	Kebolehbacaan Tempat	82
4.4.6	Ruang Dalaman	84
4.4.7	Fasiliti	87
4.4.8	Staf	90
4.5	Analisis Min (Mean Analysis) Tahap Elemen Persekitaran Pemulihan	93
4.5.1	Privasi, Peneman dan Maruah	93
4.5.2	Pemandangan	94
4.5.3	Alam Semula Jadi dan Pemandangan Luar	95
4.5.4	Keselesaian dan Kawalan	96
4.5.5	Kebolehbacaan Tempat	97
4.5.6	Ruang Dalaman	98
4.2.7	Fasiliti	99
4.2.8	Staf	101

4.6	Susunan Keutamaan Persekitaran Pemulihan	102
4.7	Penemuan dan Perbincangan	106
4.8	Rumusan	108

5 KESIMPULAN DAN CADANGAN

5.1	Pengenalan	109
5.2	Penemuan Kajian	110
5.2.1	Penemuan Objektif Pertama Kajian: Mengenal Pasti Faktor-Faktor Fizikal Yang Mendorong Persekitaran Pemulihan Di Fasiliti Kesihatan	111
5.2.2	Penemuan Objektif Kedua Kajian: Mengenal Pasti Perspektif Pengguna Terhadap Kuliti Persekitaran Pemulihan Di Klinik Kesihatan Kerajaan Dengan Menggunakan 'A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit' (ASPECT)	114
5.3	Limitasi dan Permasalahan Kajian	116
5.4	Cadangan Kajian Lanjutan	118

RUJUKAN	119
----------------	-----

Lampiran A-B	128 - 168
--------------	-----------

SENARAI JADUAL

NO.JADUAL	TAJUK	HALAMAN
1.1	Senarai Klinik Kesihatan Kerajaan Di Bawah Penyeliaan PKD JB Sehingga September 2016 (Sumber Unit Pembangunan, Pejabat Kesihatan Daerah Johor Bahru)	8
1.2	Data Kedatangan Pesakit Luar Di Klinik Kesihatan Daerah Johor Bahru Dari Tahun 2011 Sehingga September 2016 (Sumber Unit Kesihatan Primer, Bahagian Kesihatan Awam, Jabatan Kesihatan Negeri Johor Pada 10.10.2016)	9
1.3	Data Perjawatan Staf Kesihatan Di Klinik Kesihatan Kerajaan Daerah Johor Bahru Sehingga 21.09.2016 (Sumber Laporan Perjawatan Portal HRMIS)	10
2.1	Data Fasiliti Kesihatan Bagi Sektor Kerajaan Sehingga 31.12.2013 (Sumber Portal Rasmi Kementerian Kesihatan Malaysia Bertarikh 20.09.2016)	21
2.2	Data Kemasukan Dan Kedatangan Pesakit Luar Di Fasiliti Kesihatan (Sektor Kerajaan Dan Swasta) Bagi Tahun 2013 (Sumber Portal Rasmi Kementerian Kesihatan Malaysia Bertarikh 20.09.2016)	23
2.3	Profil Kit Penilaian AEDET Dan ASPECT Disusun Dari DH Estates and Facilities (2008b), Whyte et al. (2003), Ghazali & Abbas (2012c), O'Keefee et. al. (2012), Harris et. al. (2002)	31-32
2.4	Lapan Dimensi Di Dalam ASPECT	34

3.1	Data Kemasukan Dan Kehadiran Pesakit Luar Di Fasiliti Kesihatan (Sektor Kerajaan Dan Swasta) Bagi Tahun 2013 (Sumber Portal Rasmi Kementerian Kesihatan Malaysia Bertarikh 20.09.2016)	56
3.2	Data Kedatangan Pesakit Luar Di Klinik Kesihatan Daerah Johor Bahru Dari Tahun 2011 Sehingga September 2016 (Sumber Unit Kesihatan Primer, Bahagian Kesihatan Awam, Jabatan Kesihatan Negeri Johor Pada 10.10.2016)	57
3.3	Data Perjawatan Staf Kesihatan Di Klinik Kesihatan Kerajaan Daerah Johor Bahru Sehingga 21.09.2016 (Sumber Laporan Perjawatan Portal HRMIS)	58
4.1	Profil Responden Kajian (Sumber Data Soal Selidik Kajian, 2016)	62
4.2	Skala Darjah Persetujuan	69
4.3	Tiga Skala Kepentingan	69
4.4	Faktor-Faktor Yang Mendorong Persekitaran Pemulihan	71-73
4.5	Dimensi 1 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	93
4.6	Dimensi 2 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	94
4.7	Dimensi 3 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	95
4.8	Dimensi 3 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	96
4.9	Dimensi 5 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	97
4.10	Dimensi 6 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	98-99
4.11	Dimensi 7 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	99-100
4.12	Dimensi 8 Terhadap Nilai Min Dan Sisihan Piawai	101
4.13	Susunan Keutamaan Dimensi Terhadap Nilai-Nilai Min	103
5.1	Analisis Deskriptif (Frekuensi) Terhadap Faktor - Faktor Fizikal Yang Mendorong Persekitaran Pemulihan	111-112
5.2	Aspek-Aspek Persekitaran Pemulihan Yang Paling Utama Mengikut Susunan Keutamaan	114

SENARAI RAJAH

NO.JADUAL	TAJUK	HALAMAN
1.1	Komponen Utama Kesihatan (World Health Organization, 1947)	2
1.2	Metodologi Kajian	16
2.1	Persekitaran Pemulihan Optimal (OHE), (Sumber Sita Ananth, 2008)	25
2.2	Kriteria Penilaian Keseluruhan Yang Terbentuk Dalam Indikator Kualiti Reka Bentuk (DQI) (DH Estates and Facilities, 2008b)	27
2.3	Kerangka Indikator Kualiti Reka Bentuk (DQI) (Sumber Whyte et al., 2003)	28
3.1	Carta Aliran Proses Kajian	51
3.2	Skala Pemarkahan Dibentangkan dalam Soal Selidik	54
4.1	Peratusan Identiti Pengguna	63
4.2	Peratusan Jantina Responden	64
4.3	Peratusan Umur Responden	65
4.4	Peratusan Bangsa Responden	66
4.5	Peratusan Tahap Pendidikan Responden	67
4.6	Peratusan Dimensi 1 : Privasi, Peneman dan Maruah	73
4.7	Peratusan Dimensi 2 : Pemandangan	76
4.8	Peratusan Dimensi 3: Alam Semula Jadi dan Pemandangan Luar	78
4.9	Peratusan Dimensi 4 : Keselesaam dan Kawalan	79
4.10	Peratusan Dimensi 5 : Kebolehbacaan Tempat	82
4.11	Peratusan Dimensi 6 : Ruang Dalaman	84
4.12	Peratusan Dimensi 7 : Fasiliti	87
4.13	Peratusan Dimensi 8 : Staf	90

SENARAI SINGKATAN PERKATAAN

AEDET	-	Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit
ASPECT	-	A Staff and Patient Environment Toolkit
DQI	-	Design Quality Indicator (Indikator Kualiti Reka Bentuk)
ID	-	Identification Details (Pengenalan Diri)
JKNJ	-	Jabatan Kesihatan Negeri Johor
KKM	-	Kementerian Kesihatan Malaysia
HRMIS	-	Human Resources Management Information System
NGO	-	Non-Government Organization (Pertubuhan Bukan Kerajaan)
NMRR	-	National Medical Research Register
OHE	-	Optimal Healing Environment (Persekitaran Pemulihan Optima)
OKU	-	Orang Kurang Upaya
PKD JB	-	Pejabat Kesihatan Daerah Johor Bahru
UTM	-	Universiti Teknologi Malaysia

SENARAI LAMPIRAN

NO. LAMPIRAN	TAJUK	HALAMAN
A	Borang Kaji Selidik	128
B	Rumusan Analisis Frekuensi	143

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Pengenalan

Menurut Badan Kesihatan Sedunia, kesihatan ialah ‘satu tahap atau keadaan di mana seseorang individu itu mempunyai kesejahteraan yang sempurna dari segi fizikal, mental dan sosial dan bukan semata-mata bebas dari penyakit atau tidak berdaya’ (World Health Organization, 1947). Kesihatan juga telah berkembang dengan meluas di mana bukan sahaja merangkumi kemantapan kesejahteraan fizikal tetapi diperluas kepada komponen rohani.

Terdapat tiga komponen utama dalam definisi kesihatan iaitu kesihatan fizikal, kesihatan mental dan kesihatan sosial. Kesihatan fizikal merangkumi ketiadaan penyakit dan ketidakupayaan, serta bertenaga untuk melakukan kerja harian dan aktiviti waktu senggang tanpa rasa lesu. Kesihatan mental bermaksud tidak mempunyai masalah mental dan berupaya berhadapan dengan cabaran harian serta berinteraksi dengan masyarakat tanpa sebarang masalah mental, emosi dan tingkah laku. Manakala, kesihatan sosial diuraikan sebagai keupayaan untuk berinteraksi dengan orang lain dan persekitaran sosial secara berkesan serta paling optimum (World Health Organization, 1947).



Rajah 1.1 : Komponen Utama Kesihatan (World Health Organization, 1947)

Menurut Oxford Dictionary, pemulihan datang dari perkataan Anglo-Saxon iaitu 'Haelen' yang bermaksud 'untuk membuat keseluruhan'. Menurut Jonas et. al. (2014), pemulihan adalah satu proses yang muncul dari keseluruhan individu dan dimaksimumkan apabila amalan dan persekitaran hadir untuk menyokongnya, iaitu 'healing-oriented practices and environments' (HOPE). Di antara kesan biasa pemulihan adalah pengurangan dalam tekanan dan kebimbangan, yang seterusnya memberi kesan positif kepada tubuh badan dalam pelbagai cara (Dijkstra et. al, 2008a).

Fasiliti kesihatan adalah fasiliti yang memberikan kemudahan rawatan dan pemulihan kepada pesakit dengan mendapatkan perkhidmatan rawatan pakar-pakar dan penjagaan kesihatan profesional yang lain. Ia boleh membawa keselesaan dan pemulihan kepada individu yang berada di fasiliti yang menawarkan perkhidmatan penjagaan kesihatan lain; seperti pusat pemulihan, hospis, fasiliti dibantu, atau fasiliti penjagaan jangka panjang. Ia juga boleh membantu keluarga menghadapi tekanan dan meningkatkan kecekapan dan semangat staf kesihatan (Kamali & Abbas, 2012).

Terma persekitaran pemulihan sering digunakan dalam penjagaan kesihatan. Makna sebenar atau ciri-ciri yang menentukan persekitaran pemulihan adalah sering tidak jelas dan tertakluk kepada pendapat. Dari perspektif pesakit, persekitaran pemulihan diambil kira sebagai salah satu pengaruh positif yang telah terbukti kepada proses penyembuhan atau psikologi kesejahteraan pesakit (Schreuder et. al, 2016).

Persekitaran pemulihan bagi fasiliti kesihatan adalah digambarkan sebagai suasana fizikal dan budaya organisasi yang menyokong pesakit dan keluarga pesakit menghadapi tekanan yang dikenakan disebabkan oleh penyakit, hospital, lawatan perubatan, proses penyembuhan dan kadangkala perkabungan (Stichler, 2001). Matlamat utama persekitaran pemulihan adalah untuk melibatkan pesakit dalam proses pemulihan sendiri ('self-healing') dan pertumbuhan rohani. Ruang direka secara terapeutik untuk mengurangkan tekanan iaitu pendekatan berasaskan penyelidikan (Geimer-Flanders, 2009), (Fleming & Figueiredo, 2013), (Sherman et. al., 2005).

Menurut van Hoof et al. (2015), 'reka bentuk berasaskan-bukti' ('evidence based design') bertujuan untuk menghapuskan tekanan persekitaran dan mewujudkan suasana rawatan dimana pesakit berhubung dengan alam semula jadi. Konsep persekitaran pemulihan menunjukkan bahawa persekitaran fizikal fasiliti kesihatan boleh memberikan perbezaan bagaimana pesakit pulih dengan cepat daripada; atau menyesuaikan diri dengan keadaan akut dan kronik tertentu (Stichler, 2001).

Kebelakangan ini, terdapat peningkatan minat terhadap peranan teknologi dan alam bina sebagai sebahagian daripada rawatan holistik pesakit. Oleh itu, terdapat justifikasi yang kukuh untuk mencari persekitaran sedemikian untuk tujuan perawatan kesihatan. Ini mendorong penyelidikan yang akan dijalankan untuk menilai kualiti persekitaran pemulihan daripada persepsi pesakit dan staf kesihatan..

1.2 Pernyataan Masalah

Pada masa kini, organisasi penjagaan kesihatan memberi perhatian kepada peningkatan penyelidikan yang jelas menunjukkan faedah daripada persekitaran pemulihan. Kajian menunjukkan bahawa perubahan reka bentuk tertentu dalam persekitaran penjagaan kesihatan boleh mengurangkan tekanan dan mengurangkan kesan-kesan tekanan itu. Menurut Hamed et. al. (2016), perubahan ini juga boleh membantu mengurangkan kesilapan dalam bidang perubatan dan jangkitan penyakit diperolehi, sambil meningkatkan semangat dan kecekapan staf kesihatan. Oleh itu, kualiti persekitaran boleh meningkatkan atau melambatkan pemulihan.

Fokus dalam mereka bentuk kemudahan fasiliti kesihatan beralih dari penekanan kepada penyampaian fungsi perkhidmatan penjagaan ke arah persekitaran pemulihan yang merupakan sokongan secara psikologi (Devlin & Arneill, 2003). Persekitaran fasiliti kesihatan secara fizikal dipercayai memberi kesan terhadap kesihatan dan kesejahteraan pesakit. Bangunan yang menyediakan persekitaran yang selesa akan membantu menstabilkan emosi dan mempercepatkan proses penyembuhan penyakit (Mazer, 2006).

Menurut Sita Ananth (2008), ‘persekitaran pemulihan optimal’ (OHE atau ‘Optimal Healing Environment’) adalah merupakan rangka kerja yang bermanfaat dan holistik ke arah mewujudkan persekitaran pemulihan. Rangka kerja dibahagikan kepada tujuh komponen yang mengambil kira semua aspek alam sekitar, termasuklah persekitaran dalaman dan luaran dan salah satu komponen OHE adalah persekitaran fizikal. Manakala Firth et al. (2015) menyatakan OHE menyokong dan merangsang penyembuhan pesakit dengan menangani komponen sosial, psiko-logik, jasmani, rohani dan tingkah laku kesihatan, membolehkan keupayaan individu untuk sembuh.

Menyedari sumbangan dan potensi persekitaran pemulihan, ia telah mendorong Kementerian Kesihatan Malaysia menyeragamkan perubahan sistem kesihatan yang berkualiti di seluruh fasiliti kesihatan dengan misi disesuaikan mengikut persekitaran (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2011). Walaupun terdapat reka bentuk berasaskan bukti yang dikenal pasti memberi faedah terhadap persekitaran pemulihan, namun dilihat terdapat kesukaran untuk praktis.

Reka bentuk bangunan fasiliti kesihatan adalah mencabar untuk diukur dan dinilai kerana sering terlibat dengan konteks yang rumit (Talib et. al., 2013), (Verderber et. al., 2014). Kerumitan reka bentuk yang dihasilkan adalah kerana pematuhan ketat terhadap undang-undang dan garis panduan komponen kesihatan dan keselamatan. Di peringkat global, 'Department of Health Estates and Facilities', telah merekabentuk dua toolkit penilaian yang digunakan khusus bagi menilai kualiti reka bentuk bangunan penjagaan kesihatan. 'Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit' (AEDET) dan 'A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit' (ASPECT) bertujuan untuk menunjukkan kekuatan dan kelemahan pada reka bentuk atau bangunan fasiliti kesihatan sedia ada. Kedua-dua kit penilaian secara khusus dicipta untuk bangunan fasiliti kesihatan bagi menentukan kualiti yang baik dalam reka bentuk (DH Estates and Facilities, 2008a).

Secara praktis, persekitaran pemulihan terikat dengan bidang penyampaian perawatan kesihatan terutama berkaitan amalan kemudahan perawatan dan pemulihan kesihatan. Manakala pengguna fasiliti kesihatan berpendapat reka bentuk persekitaran pemulihan tidak sentiasa relevan dengan keperluan dan jangkaan mereka. Menurut O'Keeffe et. al. (2013), kualiti persekitaran pemulihan adalah salah satu taktik untuk meningkatkan kualiti reka bentuk bangunan fasiliti kesihatan dan seterusnya, mengoptimumkan persekitaran pemulihan untuk membantu dalam menggalakkan kesejahteraan. Oleh itu, kualiti persekitaran pemulihan merupakan satu cara untuk meningkatkan reka bentuk bangunan fasiliti kesihatan dengan mempertimbangkan keperluan dan kehendak pesakit dan staf kesihatan ke arah reka bentuk persekitaran pemulihan terbaik.

Selain itu, Abbas & Ghazali (2012) mencadangkan bahawa pembentukan persekitaran pemulihan hendaklah berasaskan kepada keperluan pengguna. Manakala Elf et. al. (2015) menunjukkan bahawa staf kesihatan hendaklah diberikan penglibatan bersesuaian bagi perancangan dan mereka bentuk persekitaran fasiliti kesihatan. Malangnya, Huisman et. al. (2012) menunjukkan bahawa maklumat dari perspektif staf adalah terhad kerana kebanyakan kajian hanya tertumpu kepada perspektif pesakit.

Pernyataan masalah timbul bagi mempertimbangkan di sebalik reka bentuk persekitaran pemulihan dalam fasiliti kesihatan. Ketidaksepadanan berlaku di mana kualiti persekitaran pemulihan diwujudkan berdasarkan andaian pereka tanpa pemahaman yang menyeluruh dari pengguna. Amalan reka bentuk terbaik harus dibenarkan melalui pertukaran komunikasi antara pereka dan pengguna akhir. Ini adalah untuk memastikan hubungan antara kecenderungan reka bentuk dan kepuasan pengguna akhir adalah positif (Ghazali & Abbas, 2012c).

Menurut Talib et al. (2013), untuk meningkatkan pemahaman yang lebih baik terhadap prestasi bangunan adalah perlu untuk menjalankan penilaian berkala berdasarkan pengoperasian fasiliti kesihatan berkenaan. Walaupun begitu dalam konteks Malaysia, persepsi sebenar pesakit dan kakitangan ke arah persekitaran pemulihan bagi fasiliti kesihatan masih tidak jelas. Selain itu, kajian dalam konteks Malaysia oleh Ghazali & Abbas (2012b) berkaitan persekitaran pemulihan adalah tertumpu kepada fasiliti hospital iaitu Wad Pediatrik dan tiada kajian dilakukan bagi klinik kesihatan.

Oleh itu, kajian ini bertujuan untuk mengenalpasti faktor-faktor fizikal yang mendorong persekitaran pemulihan dari perspektif pesakit dan staf kesihatan di Klinik Kesihatan Kerajaan.

1.3 Persoalan Kajian

Persoalan kajian adalah :

- i) Apakah faktor-faktor fizikal fasiliti kesihatan membantu kualiti persekitaran pemulihan?
- ii) Apakah persepsi pesakit dan staf kesihatan terhadap kualiti persekitaran pemulihan di fasiliti kesihatan?

1.4 Objektif Kajian

Tujuan kajian ini dijalankan adalah untuk :

- i) Menenalpasti faktor-faktor fizikal yang mendorong persekitaran pemulihan di fasiliti kesihatan.
- ii) Menenalpasti persepsi pesakit dan staf kesihatan terhadap kualiti persekitaran pemulihan di Klinik Kesihatan Kerajaan dengan menggunakan 'A Staff and Patient Environment Toolkit' (ASPECT).

1.5 Skop Kajian

Kajian ini dijalankan dengan memfokuskan kepada faktor-faktor fizikal yang mendorong persekitaran pemulihan dalam fasiliti kesihatan kerajaan. Hal yang sedemikian adalah kerana fasiliti kesihatan adalah merupakan persekitaran pemulihan terhadap pesakit dan staf kesihatan.

Oleh yang demikian, aspek maklumbalas daripada pesakit yang menggunakan perkhidmatan perawatan kesihatan awam dan staf kesihatan yang berkhidmat di fasiliti kesihatan amat penting untuk menunjukkan faktor-faktor kualiti persekitaran fizikal terhadap pemulihan di fasiliti kesihatan.

Jadual 1.1 : Senarai Klinik Kesihatan Kerajaan Di Bawah Penyeliaan Pejabat Kesihatan Daerah Johor Bahru Sehingga September 2016 (Sumber Unit Pembangunan, Pejabat Kesihatan Daerah Johor Bahru)

BIL	KLINIK KESIHATAN	ALAMAT	DAERAH	NEGERI
1	Klinik Kesihatan Gelang Patah	JKR 4176 Jalan Besar Gelang Patah	Johor Bahru	Johor
2	Klinik Kesihatan Ibu dan Anak Jalan Abd Samad	Jalan Abdul Samad, Johor Bharu	Johor Bahru	Johor
3	Klinik Kesihatan Kempas	JKR 6044, Jln Persisiran Tanjung Tampoi	Johor Bahru	Johor
4	Klinik Kesihatan Larkin	PTD 4999, Jalan Sentosa, Larkin	Johor Bahru	Johor
5	Klinik Kesihatan Mahmoodiah	JKR 6274, Jalan Mahmoodiah	Johor Bahru	Johor
6	Klinik Kesihatan Majidee	JKR 5909/D, Jln Sekolah, Kampung Melayu Majidee	Johor Bahru	Johor
7	Klinik Kesihatan Masai	JKR 5638, Jalan Pekeliling Masai	Johor Bahru	Johor
8	Klinik Kesihatan Pasir Gudang	JKR 5376, Jalan Kejiranan 8/1, Pasir Gudang	Johor Bahru	Johor
9	Klinik Kesihatan Taman Ungku Tun Aminah	115-117, Jln Sri Orkid 26, Tmn Sri Orkid	Johor Bahru	Johor
10	Klinik Kesihatan Tampoi	JKR 4969, Batu 5 Jalan Skudai	Johor Bahru	Johor
11	Klinik Kesihatan Tebrau	JKR 5409,5410,5413 Jalan Kerambit, Taman Sri Tebrau	Johor Bahru	Johor
12	Klinik Kesihatan Ulu Tiram	JKR 2159, Jln Besar, Ulu Tiram	Johor Bahru	Johor
13	Klinik Kesihatan Taman Universiti	Jalan Kebudayaan 28, Taman Universiti, Skudai	Johor Bahru	Johor
14	Klinik Kesihatan Sultan Ismail	Jalan Mutiara Emas, Taman Mount Austin Johor Baru	Johor Bahru	Johor

Untuk tujuan kajian, fasiliti kesihatan iaitu klinik-klinik kesihatan kerajaan di daerah Johor Bahru dipilih. Sehingga September 2016, terdapat 14 klinik kesihatan kerajaan berada dalam daerah Johor Bahru. Senarai Klinik Kesihatan Kerajaan di daerah Johor Bahru dinyatakan seperti di Jadual 1.1.

Manakala Jadual 1.2 data dari Unit Kesihatan Primer, Bahagian Kesihatan Awam, Jabatan Kesihatan Negeri Johor menyatakan jumlah kedatangan pesakit ke klinik-klinik kesihatan daerah Johor Bahru dari Januari sehingga September 2016 adalah seramai 999,488 orang iaitu tidak termasuk Klinik Kesihatan Ibu dan Anak (KKIA) Jalan Abdul Samad.

Jadual 1.2 : Data Kedatangan Pesakit Luar Di Klinik Kesihatan Daerah Johor Bahru Dari Tahun 2011 Sehingga September 2016 (Sumber Unit Kesihatan Primer, Bahagian Kesihatan Awam, Jabatan Kesihatan Negeri Johor Pada 10.10.2016)

Klinik Kesihatan	Kedatangan Pesakit Luar Mengikut Tahun						JUMLAH
	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (Sept)	
KK PASIR GUDANG	592	83386	71776	99949	127744	85639	469086
KK LARKIN	39932	46481	35230	42213	93604	56171	313631
KK TEBRAU	37280	61523	38388	39527	55643	35905	268266
KK TUTA	23514	76946	80155	86844	100923	63419	431801
KK MASAI	73419	102653	109604	143105	160886	96037	685704
KK TAMPOI	52856	50535	58896	59714	73265	41420	336686
KK MAJIDEE	65517	54664	51192	55627	119940	34810	381750
KK ULU TIRAM	64844	71340	73275	71907	116366	53531	451263
KK GELANG PATAH	48857	47585	42613	54810	71694	36015	301574
KK KEMPAS	78082	101659	99058	101207	184384	105222	669612
KK MAHMOODIAH	36568	270787	238683	275720	395355	177983	1395096
KK SULTAN ISMAIL		150070	177703	195263	298649	121229	942914
KK TAMAN UNIVERSITI		80800	104321	125658	197735	92107	600621
JUMLAH	521461	1198429	1180894	1351544	1996188	999488	7248004

Oleh itu bagi tujuan kajian, persampelan pesakit dipilih adalah secara rawak mudah iaitu mewakili pesakit yang pernah menggunakan fasiliti klinik kesihatan tersebut. Jumlah sampel adalah 200 orang pesakit. Manakala bagi persampelan staf kesihatan berdasarkan 10% daripada 967 pengisian perjawatan. Ini menjadikan jumlah sampel staf kesihatan adalah 100 orang. Jumlah perjawatan staf kesihatan di Klinik Kesihatan Daerah Johor Bahru sehingga 21.09.2016 dinyatakan dalam Jadual 1.3. Tempoh masa bagi kajian ini dijalankan adalah selama sebulan setengah bulan

bermula pada awal November 2016 hingga pertengahan Disember 2016. Sampel dipilih secara rawak mudah.

Jadual 1.3 : Data Perjawatan Staf Kesihatan Di Klinik Kesihatan Kerajaan Daerah Johor Bahru Sehingga 21.09.2016 (Sumber Laporan Perjawatan Portal HRMIS)

BIL	KLINIK KESIHATAN	PERJAWATAN		
		JAWATAN	ISI	KOSONG
1	Klinik Kesihatan Gelang Patah	56	52	4
2	Klinik Kesihatan Ibu dan Anak Jalan Abd Samad	34	33	1
3	Klinik Kesihatan Kempas	76	70	6
4	Klinik Kesihatan Larkin	47	41	6
5	Klinik Kesihatan Mahmoodiah	181	169	12
6	Klinik Kesihatan Majidee	58	54	4
7	Klinik Kesihatan Masai	113	105	8
8	Klinik Kesihatan Pasir Gudang	88	81	7
9	Klinik Kesihatan Taman Ungku Tun Aminah (TUTA)	6	6	0
10	Klinik Kesihatan Tampoi	73	69	4
11	Klinik Kesihatan Tebrau	43	38	5
12	Klinik Kesihatan Ulu Tiram	78	71	7
13	Klinik Kesihatan Taman Universiti	79	74	5
14	Klinik Kesihatan Sultan Ismail	109	104	5
JUMLAH PERJAWATAN (KK)		1,041	967	74

1.6 Kepentingan Kajian

Kajian ini diharap dapat menunjukkan gambaran bahawa wujudnya faktor-faktor fizikal yang mendorong persekitaran pemulihan di fasiliti kesihatan. Faktor-faktor tersebut perlu dikenalpasti untuk mengetahui sejauh mana peranan persekitaran fizikal dapat membantu kepada perawatan dan pemulihan pesakit. Oleh

yang demikian, kajian ini seterusnya mampu memberi manfaat yang besar terutama kepada kerajaan, swasta dan juga pertubuhan bukan kerajaan (NGO) yang terlibat dengan perkhidmatan perawatan dan penjagaan kesihatan. Sehubungan itu, pihak-pihak berkenaan dapat membantu dan memainkan peranan dalam memperkasakan keadaan fizikal persekitaran pemulihan khasnya fasiliti kesihatan dalam membina kemudahan perawatan kesihatan yang lebih baik kepada pengguna dalaman dan luaran.

Selain itu, hasil kajian ini akan memberi manfaat kepada pihak berkepentingan fasiliti kesihatan terutamanya apabila mempertimbangkan ‘pendekatan reka bentuk berasaskan bukti’ dalam reka bentuk fasiliti dan dengan itu boleh memperkukuhkan amalan profesional secara berterusan. Kajian akan dapat memberikan cadangan kepada pihak berkepentingan fasiliti kesihatan bagi menentukan penambahbaikan dalam bidang sedia ada untuk mewujudkan persekitaran pemulihan yang ideal.

Hasil kajian ini juga berfungsi sebagai garis panduan bagi perancangan projek fasiliti kesihatan pada masa hadapan yang menyumbang manfaat dalam mewujudkan persekitaran pemulihan yang responsif kepada keperluan pengguna dalaman dan luaran di fasiliti kesihatan.

1.7 Metodologi Kajian

Kaedah kajian disusun mengikut susunan yang bermula daripada pengenalan mengenai topik yang hendak dikaji sehingga kepada penutup dan kesimpulan yang dapat dibuat hasil daripada kajian yang telah dijalankan. Proses ini dilakukan secara teratur mengikut peringkat agar hasil yang diperolehi menepati tujuan dan objektif kajian ini dijalankan. Berikut adalah enam (6) peringkat dalam metodologi kajian :

1.7.1 Pendahuluan: Kajian Awal

Kajian dimulakan dengan mengenalpasti jenis kajian dan skop kajian yang sesuai dan mengikut keperluan kursus Sarjana Pengurusan Aset dan Fasiliti. Skop kajian dikenalpasti melalui pembacaan jurnal. Tajuk kajian akan mempengaruhi pengenalan, latar belakang kajian, pernyataan masalah, matlamat, objektif kajian, skop kajian dan kepentingan kajian ini kepada pihak-pihak tertentu. Dalam peringkat ini juga, penerangan mengenai metodologi kajian ditentukan bersama.

Bagi menjustifikasi dan menyokong latar belakang kajian, kit penilaian sedia ada dan sah untuk mengakses fasiliti kesihatan dinamakan sebagai ‘Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit’ (AEDET) dan ‘A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit’ (ASPECT) digunakan untuk tujuan peningkatan pembacaan. Objektif kajian adalah ditentukan berdasarkan pernyataan masalah kajian yang dikenalpasti wujud berdasarkan masalah di fasiliti kesihatan milikan kerajaan ataupun swasta.

1.7.2 Kajian Literatur

Tujuan kajian literatur ini dilakukan adalah untuk menunjukkan satu gambaran yang sangat jelas dan komprehensif mengenai isu dan topik yang sedang dikaji. Penjelasan mengenai kajian lebih tertumpu pada aspek-aspek teori agar maklumat mengenai kajian lebih mendalam serta kesimpulan pada akhir kajian dapat dilakukan.

Pada peringkat kajian literatur ini, teori mengenai konsep persekitaran pemulihan, elemen keperluan persekitaran pemulihan, jenis-jenis fasiliti kesihatan dan pengurusan fasiliti bagi tujuan perawatan dan pemulihan. Pada peringkat ini juga, pembacaan untuk mendapatkan maklumat adalah dengan melalui kajian-kajian yang pernah dilakukan, keratan akhbar, artikel, jurnal, buku rujukan dan laman sesawang.

Fokus pada peringkat ini juga adalah melakukan kajian secara teori kit penilaian AEDET dan ASPECT. Pandangan berkaitan kajian terdahulu terhadap dua kit penilaian; AEDET dan ASPECT akan ditakrifkan. Kemudian, kit penilaian yang dipilih akan dinilai berdasarkan kepada penilaian kriteria untuk memberikan kefahaman terhadap kajian. Akhir sekali, kit penilaian yang bersesuaian dengan tujuan kajian akan digunakan untuk kajian ini. Metodologi kajian dipamerkan dalam bentuk carta alir yang lebih mudah melalui Rajah 1.1.

1.7.3 Reka Bentuk Instrumen Penyelidikan

Pada peringkat ini, sasaran dikenalpasti melalui skop, matlamat dan objektif yang hendak dijalankan. Kajian literatur biasanya diperolehi menerusi sumber data sekunder iaitu melalui maklumat diperolehi dari hasil pembacaan bahan ilmiah. Manakala, data primer pula diperolehi daripada sama ada soal kaji selidik, pemerhatian dan temuduga terutama dengan pihak pengurusan fasiliti kesihatan, staf kesihatan dan pesakit.

Data diperolehi boleh melalui bentuk kualitatif iaitu berdasarkan jawapan-jawapan temuduga dan juga pemerhatian yang dilakukan. Soalan-soalan disediakan dan diolah daripada kajian literatur atau teori-teori yang telah dicatat dalam peringkat sebelumnya. Selain itu, penggunaan alat rakaman video dan suara juga amat penting dalam pengumpulan kualitatif. Dengan ini, kajian dapat dianalisa untuk bab seterusnya. Metodologi kajian dipamerkan dalam bentuk carta alir yang lebih mudah melalui Rajah 1.1.

1.7.4 Pengumpulan Data

Pendekatan kajian adalah menggunakan kit penilaian dikeluarkan oleh 'Department of Health Estates and Facilities, UK Gov.' yang merupakan kit penilaian dalam mengukur dan menguruskan reka bentuk kualiti fasiliti kesihatan

baru dan sedia ada. Kit ASPECT NHS 2008 adalah penilaian bagaimana persekitaran kesihatan boleh memberi kesan ke atas tahap kepuasan yang ditunjukkan oleh staf dan pesakit. Maklumbalas daripada responden akan digunakan sebagai keputusan terhadap kajian ini.

Pada peringkat ini, data primer dijalankan melalui borang soalselidik disasarkan kepada pesakit dan staf kesihatan. Jenis respon yang diharapkan adalah pendapat mengenai keselesaan menggunakan fasiliti kesihatan bagi tujuan persekitaran pemulihan. Manakala, bagi data sekunder pula diperlukan bagi mengenalpasti faktor-faktor fizikal bagi persekitaran pemulihan. Di samping itu, jenis amalan pengurusan fasiliti di fasiliti kesihatan yang terbabit juga diambilkira. Kepentingan data primer ini akan menentukan faktor kejayaan kajian melalui ketepatan dan kesahihan data diperoleh.

Selain itu, data-data sekunder pula diperoleh daripada rujukan bertulis seperti keratan akhbar, buku-buku rujukan, laman web, jurnal, artikel dan kajian-kajian lampau. Kepentingan data sekunder adalah untuk membuktikan teori menerusi kajian lapangan dan juga memastikan kajian adalah sahih untuk tujuan ilmiah. Metodologi kajian dipamerkan dalam bentuk carta alir yang lebih mudah melalui Rajah 1.1.

1.7.5 Analisis Data

Berdasarkan data-data yang telah diperolehi, kerja-kerja menganalisis perlu dijalankan bagi tujuan memastikan kajian dapat memenuhi objektif kajian. Di antara aspek yang diambilkira pada peringkat ini adalah elemen persekitaran fizikal yang menjadikan sesebuah fasiliti kesihatan sebagai persekitaran pemulihan.

Data diperolehi daripada survei di jalankan menggunakan borang soalselidik yang akan dianalisa menggunakan perisian SPSS secara analisis diskriptif.

Keputusan daripada data tersebut dapat mengenalpasti persepsi pesakit dan staf kesihatan terhadap kualiti persekitaran pemulihan di fasiliti kesihatan. Kepentingan peringkat ini adalah bagi tujuan menentukan hasil keputusan dan menjawab objektif yang telah ditetapkan. Metodologi kajian dipamerkan dalam bentuk carta alir yang lebih mudah melalui Rajah 1.1.

1.7.6 Kesimpulan dan Cadangan

Dalam peringkat ini, penemuan kajian dijelaskan melalui bentuk yang lebih komprehensif dan terperinci. Malahan, kesimpulan dan implikasi kajian ditentukan dalam peringkat akhir kajian. Penemuan kajian secara keseluruhan amat penting dalam memastikan kejayaan kajian ini. Kesimpulan yang dibuat adalah bagi menyokong penemuan kajian secara menyeluruh. Oleh itu, peringkat ini adalah bagi menjawab tujuan, objektif dan segala persoalan berbangkit mengenai kajian. Selain itu, limitasi kajian dan cadangan bagi kajian akan datang dinyatakan dalam peringkat ini. Metodologi kajian dipamerkan dalam bentuk carta alir yang lebih mudah melalui Rajah 1.1.



Rajah 1.2 : Carta Alir Metodologi Kajian

1.8 Susunatur Bab

Kajian ini disusun kepada lima bab. Bermula dengan Pengenalan, Kajian Literatur, Metodologi Kajian, Penemuan dan Perbincangan, Kesimpulan dan Cadangan. Ringkasan susunan adalah seperti berikut :

Bab 1 : Pengenalan

Bab 1 yang mengolah dan menjelaskan tentang latar belakang kajian, pernyataan masalah, matlamat, objektif, skop, kepentingan kajian serta metodologi kajian.

Bab 2 : Kajian Literatur

Bab 2 pula adalah kajian literatur yang menerangkan tentang topik yang relevan dengan kajian ini. Ia adalah berdasarkan kajian-kajian terdahulu bagi fasiliti kesihatan, persekitaran pemulihan selain kajian berkenaan kit penilaian AEDET dan ASPECT iaitu perbandingan kit, kriteria utama dan kerangka kerja. Bab ini memberi panduan agar perbandingan dapat dibuat semasa kajian dan pengakhiran kajian ini.

Bab 3 : Metodologi Kajian

Seterusnya, Bab 3 pula adalah bab yang menjelaskan tentang kaedah kajian iaitu metodologi kajian. Metodologi kajian sangat penting dalam menentukan kesahihan dan kaedah paling sesuai bagi menjalankan kajian secara praktikal. Keseluruhan efektif kajian ditentukan bermula dari metodologi kajian iaitu merangkumi reka bentuk kajian, persampelan / populasi, kaedah pengumpulan data dan kaedah menganalisis data.

Bab 4 : Analisis Kajian

Bab 4 iaitu pengumpulan data dan analisis pula menjelaskan tentang persepsi pengguna terhadap faktor-faktor fizikal fasiliti kesihatan yang membantu kualiti persekitaran pemulihan. Fasiliti kesihatan bagi kajian ini adalah Klinik Kesihatan Kerajaan di daerah Johor Bahru. Seterusnya data dikumpul dengan mengambil kira pengagihan borang soalselidik kepada responden iaitu melibatkan pesakit dan staf kesihatan di Klinik Kesihatan terlibat.

Bab 5 : Kesimpulan Dan Cadangan

Bab 5 adalah hasil analisis berdasarkan apa yang terdapat pada data yang terkumpul dalam Bab 4. Hasil data diperolehi dengan kaedah borang kaji selidik daripada responden iaitu pesakit dan staf kesihatan di Klinik Kesihatan Kerajaan di daerah Johor Bahru. Hasil daripada itu maka persoalan dan objektif dapat dijawab secara keseluruhan.

RUJUKAN

- Abbas, M. Y., & Ghazali, R. (2011). Physical environment: The major determinant towards the creation of a healing environment? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1951–1958.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.379>
- Abbas, M. Y., & Ghazali, R. (2012). Healing Environment: Paediatric Wards – Status and Design Trend. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 49, 28–38.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.07.003>
- Altimier, L. B. (2004). Healing environments: For patients and providers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4(2), 89–92.
<http://doi.org/10.1053/j.nainr.2004.03.001>
- Alzoubi, H., Al-Rqaibat, S., & Bataineh, R. F. (2010). Pre-versus post-occupancy evaluation of daylight quality in hospitals. *Building and Environment*, 45(12), 2652–2665. <http://doi.org/10.1016/j.buildenv.2010.05.027>
- Alzoubi, H. H., & Al-Rqaibat, S. M. (2015). The effect of hospital design on indoor daylight quality in childrensection in King Abdullah University Hospital, Jordan. *Sustainable Cities and Society*, 14(1). <http://doi.org/10.1016/j.scs.2014.08.008>
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41. <http://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.12.001>
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*, 40(1–2), 49–51.
- Becker, F., & Parsons, K. S. (2007). Hospital facilities and the role of evidence-based design. *Journal of Facilities Management*, 5(4), 263–274.
<http://doi.org/10.1108/1472596071082259>

- Blair, P. D. (2003). Make room for patient privacy. *Nursing Management*, 34(6).
- Boynton, P. M. (2004). Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ : British Medical Journal*, 328(June), 1372–1375.
<http://doi.org/10.1136/bmj.328.7452.1372>
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2005). Developing a framework for critiquing health research. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*, 6(1), 45–54. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>
- Cortvriend, P., Healthcare, L., & Management, P. S. (2005). The effect of the healthcare environment on patients and staff. *Public Policy*, 1–11.
- De Giuli, V., Zecchin, R., Salmaso, L., Corain, L., & De Carli, M. (2013). Measured and perceived indoor environmental quality: Padua Hospital case study. *Building and Environment*, 59. <http://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.08.021>
- Devlin, A. S., & Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes: A review of the literature. *Environment and Behavior*, 35(5), 665–694. <http://doi.org/10.1177/0013916503255102>
- DH Estates and Facilities. (2008a). A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit (ASPECT), 22.
- DH Estates and Facilities. (2008b). Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit (AEDET Evolution) Summary. *Integration The Vlsi Journal*.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. (2008a). Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: The mediating role of perceived attractiveness. *Preventive Medicine*, 47(3), 279–283.
<http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.013>
- Dijkstra, K., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. T. H. (2008b). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*, 28(3), 268–277. <http://doi.org/10.1016/j.jenvp.2008.02.007>
- Elf, M., Fröst, P., Lindahl, G., & Wijk, H. (2015). Shared decision making in designing new healthcare environments — time to begin improving quality.

- BMC Health Services Research*, 1–7. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0782-7>
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(6), 325–335.
- Firth, K., Smith, K., Sakallaris, B. R., Bellanti, D. M., Crawford, C., & Avant, K. C. (2015). Healing, a Concept Analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(6), 44–50. <http://doi.org/10.7453/gahmj.2015.056>
- Fleming, B. L., & Figueiredo, M. (2013). Healing Gardens for Cancer Populations. *A Quarterly Publication of the American Horticultural Therapy Association*, 41(2), 13–15.
- Fotios, S., Unwin, J., & Farrall, S. (2014). Road lighting and pedestrian reassurance after dark: a review. *Lighting Research and Technology*, 47, 1–21. <http://doi.org/10.1177/1477153514524587>
- Fottler, M. D., Ford, R. C., Roberts, V., & Ford, E. W. (2000). Creating a healing environment: the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 45(2), 91-106-107.
- Garip, E. (2011). Environmental cues that affect knowing: A case study in a public hospital building. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1770–1776. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.341>
- Geimer-Flanders, J. (2009). Creating a healing environment: Rationale and research overview. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(SUPPL.2). <http://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.13>
- Ghazali, R., & Abbas, M. Y. (2012). Assessment of Healing Environment in Paediatric Wards. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 38(December 2010), 149–159. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.335>
- Ghazali, R., & Abbas, M. Y. (2012). Paediatric Community: Healing Environment Conducive Enough? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 42(July 2010), 42–54. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.04.165>

- Ghazali, R., & Abbas, M. Y. (2012). Quality Physical Environment in Paediatric Wards : Designer ' s Creation Versus Users ' Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35(December 2011), 221–229.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.082>
- Ghazali, R., & Abbas, M. Y. (2012). Quality Physical Environment in Paediatric Wards: Designer's Creation Versus Users' Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35(December 2011), 221–229.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.082>
- Glenister, D. (2012). Creative spaces in palliative care facilities: Tradition, culture, and experience. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(2), 89–92. <http://doi.org/http://0-dx.doi.org.unicat.bangor.ac.uk/10.1177/1049909111412581>
- Hamed, S., El-Bassiouny, N., & Ternès, A. (2016). Evidence-Based Design and Transformative Service Research application for achieving sustainable healthcare services: A developing country perspective. *Journal of Cleaner Production*, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.09.161>
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299.
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call for a Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication Methods and Measures*, 1(1), 77–89. <http://doi.org/10.1080/19312450709336664>
- Ho, W.-H., Chang, C., Shih, Y.-L., & Liang, R.-D. (2009). Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Services Research*, 9(1), 8. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-9-8>
- Houkes, I., Janssen, P. P. M., De Jonge, J., & Bakker, A. B. (2003). Specific determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnover intention: A multisample longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 427–450.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1348/096317903322591578>

- Hozak, M. A., Nelson, J., & Gregory, D. (2016). Relationship of Hospital Architecture to Nursing Staff Caring for Self , Caring for Patients , and Job Satisfaction. *Interdisciplinary Journal of Partnership Studies*, 3(1), 0–21.
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70–80.
<http://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>
- Jonas, W. B., Chez, R. A., Smith, K., & Sakallaris, B. (2014). Salutogenesis: the defining concept for a new healthcare system. *Global Advances in Health and Medicine : Improving Healthcare Outcomes Worldwide*, 3(3), 82–91.
<http://doi.org/10.7453/gahmj.2014.005>
- Kamali, N. J., & Abbas, M. Y. (2012). Healing Environment: Enhancing Nurses' Performance through Proper Lighting Design. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35(December 2011), 205–212.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.080>
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2011). *Pelan Strategik 2011 - 2015 I Care For Malaysia*.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4). <http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
- Longo, D. L., Blinderman, C. D., & Billings, J. A. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *New England Journal of Medicine*, 373(26), 2549–2561.
- Mack, N., Woodsong, C., McQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2011). *Qualitative Research Methods: A data collector's field guide. Qualitative Research Methods: A data collector's field guide*.
<http://doi.org/10.1108/eb020723>
- Malaysia National Health Accounts Unit Planning Division Ministry of Health Malaysia. (2011). Malaysia National Health Accounts Health Expenditure Report Revised Time Series (1997-200) & Health Expenditure Report (2009), (2009).

- Malkin, J. (2003). *The business case for creating a healing environment. The Business Case for Creating a Healing Environment.*
- Marcus, C. C., & Barnes, M. (1999). *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations. Wiley series in healthcare and senior living design.*
- Mazer, S. E. (2006). Increase patient safety by creating a quieter hospital environment. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 40(2), 145–146. <http://doi.org/10.2345/i0899-8205-40-2-145.1>
- McCarthy, R. L. (2008). Ethics and patient privacy. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, 48(6), e144-52–4.
- Molter, N. C. (2003). Creating a healing environment for critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(3), 295–304.
- Molzahn, E. J. (2013). *Revealing attributes of supportive healing environments in interior design: Staff perceptions in healthcare design. ProQuest Dissertations and Theses.* Colorado State University.
- O’Keefee, D., Thomson, D. S., & Dainty, A. R. J. (2012). Beyond scoring : advancing a new approach to the design evaluation of NHS buildings. *Loughborough University Institutional Repository.*
- O’Keefee, D., Thomson, D. S., & Dainty, A. R. J. (2013). Institutional Repository Design waste mapping : a project life cycle approach This item was submitted to Loughborough ’ s Institutional Repository (<https://dspace.lboro.ac.uk/>) by the author and is made available under the. *Loughborough University Institutional Repository*, 24(3), 245–267. <http://doi.org/10.1243/09596518JSCE509>
- Pati, D., Freier, P., O’Boyle, M., Amor, C., & Valipoor, S. (2016). The Impact of Simulated Nature on Patient Outcomes: A Study of Photographic Sky Compositions. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(2). <http://doi.org/10.1177/1937586715595505>
- Quan, X., Joseph, A., & Ensign, J. C. (2012). Impact of imaging room environment: staff job stress and satisfaction, patient satisfaction, and willingness to recommend. *HERD*, 5(2), 61–79.

- Rousek, J. B., & Hallbeck, M. S. (2011). Improving and analyzing signage within a healthcare setting. *Applied Ergonomics*, 42(6), 771–784.
- Sadler, B. L., & Robin, G. (2015). Ten rules for 21st century healthcare: a US perspective on creating healthy, healing environments. *Future Hospital Journal*, 2(1), 22–7. <http://doi.org/10.7861/futurehosp.15.009>
- Sakallaris, Bonnie R., & Lorissa MacAllister, Megan Voss, Katherine Smith, W. B. J. (2010). Optimal healing environments. *Global Advances in Health and Medicine*, 84(12), 40–45. <http://doi.org/10.7453/gahmj.2015.043>
- Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013a). Design approaches for promoting beneficial indoor environments in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1). <http://doi.org/10.1080/17508975.2013.764839>
- Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013b). Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1). <http://doi.org/10.1080/17508975.2013.764838>
- Schreuder, E., Lebesque, L., & Bottenheft, C. (2016). Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. *Health Environments Research and Design Journal*, 10(1), 87–105. <http://doi.org/10.1177/1937586716643951>
- Shapiro, J. D., & Bowles, K. (2002). Nurses' and consumers' understanding of and comfort with the Patient Self-determination Act. *The Journal of Nursing Administration*, 32(10), 503–8.
- Shepley, M. M. C., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Kelkar, J., & Fronsman, A. (2016). Mental and behavioral health environments: critical considerations for facility design. *General Hospital Psychiatry*, 42, 15–21. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.06.003>
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2–3), 167–183.

<http://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2004.11.013>

Sita Ananth, M. (2008). Optimal Healing Environments : Building Healing Spaces. *EXPLORE*, 4(6), 392–393.

Talib, Y., Rajagopalan, P., & Yang, R. J. (2013). Evaluation of building performance for strategic facilities management in healthcare: A case study of a public hospital in Australia. *Facilities*, 31(13), 681–701. <http://doi.org/10.1108/f-06-2012-0042>

Trochelman, K., Albert, N., Spence, J., Murray, T., & Slifcak, E. (2012). Patients and their families weigh in on evidence-based hospital design. *Critical Care Nurse*, 32(1). <http://doi.org/10.4037/ccn2012785>

Tzeng, S.-Y., & Huang, J.-S. (2009). Spatial Forms and Signage in Wayfinding Decision Points for Hospital Outpatient Services. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 8(2), 453–460. <http://doi.org/10.3130/jaabe.8.453>

van Hoof, J., Rutten, P. G. S., Struck, C., Huisman, E. R. C. M., & Kort, H. S. M. (2015). The integrated and evidence-based design of healthcare environments. *Architectural Engineering and Design Management*, 11(4), 243–263. <http://doi.org/10.1080/17452007.2014.892471>

Verderber, S., Jiang, S., Hughes, G., & Xiao, Y. (2014). The evolving role of evidence-based research in healthcare facility design competitions. *Frontiers of Architectural Research*, 3(3), 238–249. <http://doi.org/10.1016/j.foar.2013.12.001>

Watts, G., Khan, A., & Pheasant, R. (2016). Influence of soundscape and interior design on anxiety and perceived tranquillity of patients in a healthcare setting. *Applied Acoustics*, 104, 135–141. <http://doi.org/10.1016/j.apacoust.2015.11.007>

Whyte, J., Gann, D., Salter, A., Whyte, J., Gann, D., & Salter, A. (2003). Design Quality Indicator as a tool for thinking. *Building Research & Information*, 31(5), 318–333. <http://doi.org/10.1080/0961321032000107564>

Wood, V. J., Curtis, S. E., Gesler, W., Spencer, I. H., Close, H. J., Mason, J., & Reilly, J. G. (2013). Creating “therapeutic landscapes” for mental health carers

in inpatient settings: A dynamic perspective on permeability and inclusivity.

Social Science and Medicine, 91.

<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.045>

Wu, Z., Robson, S., & Hollis, B. (2013). The Application of Hospitality Elements in Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 58(1).